

# CARTAS AL DIRECTOR

## Valoración de la ferroterapia I.V. como única vía de tratamiento de la ferropenia en los enfermos en HD.

*Correspondencia:*

María Luisa García Álvarez  
Urbanización Ntra. Señora del Loreto, n.º 24  
41807 ESPARTIÑAS

*Clínica San Carlos Fresenius Medical Care.  
Sevilla*

**María Luisa García Álvarez**  
**María Dolores Medina López**  
**Manuel Alberto Roldán Sánchez**

Sra. Directora:

El tratamiento de la anemia en nuestros pacientes con IRCT tiene un objetivo primordial, conseguir un hcto diana entre 33 y 37%. Para ello es necesario que existan unos depósitos de hierro adecuados. En nuestro centro se puso en marcha un protocolo para combatir la ferropenia. Desde hace 30 meses estamos usando el gluconato-Fe como única vía de reposición de la ferropenia absoluta o relativa de los pacientes en HD. Nos proponemos revisar su eficacia y sus posibles efectos secundarios.

Se estudian durante 30 meses a 101 enfermos en Hd (47.5% hombres, 52.5% mujeres; edad 61.3+-14.4 años y 82.+/-50.4 meses en Hd), con un protocolo de tratamiento de la anemia con el que pretendemos conseguir el hcto dia-na de 33-37%. Administramos el gluconato-Fe, teniendo en cuenta las necesidades de EPO y niveles de hcto, según los siguientes niveles de ferritina (que se controlaron cada 3 meses):

-<200ng/ml: Dosis de carga (62.5 mgs post-hdo, 12 sesiones consecutivas).

Dosis de mantenimiento (62.5 mgs post-hdo, 1 ó 2 veces por semana dependiendo de la coincidencia o no del ISat<20 y RDW>15).

-200-300 ng/ml: Dosis de carga.

Dosis de mantenimiento (1 cada 7 ó 15 días según Isat).

-300-600 ng/ml: Dosis de mantenimiento (1 sesión al mes).

La forma de administración ha sido la siguiente:

1.- La 1.<sup>a</sup> vez. Un vial de gluconato-Fe diluido en 100 cc de suero fisiológico a pasar en los últimos 30 minutos de la sesión de Hd. Si no hay reacciones adversas pasamos al punto 2.

2.- 2.<sup>a</sup> vez y sucesivas. Un vial de gluconato-Fe diluido en 15 cc. de suero fisiológico administrándolo lentamente (aproximadamente 1 minuto) al final de la sesión.

Hicimos controles analíticos de hematocrito, hemoglobina, ferritina e índice de saturación de transferrina, al inicio, a los 12, 24 y 30 meses. Los resultados obtenidos aparecen en la siguiente tabla.

|                 | Inicio  | 12 meses | 24 meses | 30 meses |          |
|-----------------|---------|----------|----------|----------|----------|
| Hcto en %       | 31.45   | 33.14    | 34.86    | 35.32    | p<0.0001 |
| Hb en gs/dl     | 10.297  | 10.803   | 11.488   | 10.979   | p<0.001  |
| Ferritina ng/ml | 161.14  | 215.80   | 405.60   | 380.41   | p<0.001  |
| I. Sat          | 26.78   | 28.89    | 36.47    | 32.82    | p<0.05   |
| EPO en iu       | 1949.34 | 2250.63  | 2414.0   | 2052.24  | n.s.     |

El n.º de pacientes sin EPO pasó de 20 a 22.

El n.º de pacientes con hcto<32% pasó de 56 a 15.

Concluimos esta valoración destacando:

- 1.ª La elevación de los depósitos de hierro mejoró el hcto de nuestros pacientes con menores dosis de EPO.
- 2.ª La ferrotterapia I.V. es la vía de elección, ya que asegura el hcto y produce una rápida mejoría de los depósitos de hierro, sin efectos secundarios.